

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CYNTHIA ASSIS DE BARROS NUNES

**CUIDAR/CUIDADO DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO
ASSISTENCIAL PARA ENFERMEIROS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CYNTHIA ASSIS DE BARROS NUNES

**CUIDAR/CAIDADO DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO
ASSISTENCIAL PARA ENFERMEIROS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Professor Orientador:

M. Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “**Cuidar/Cuidado do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia de Saúde da Família: uma proposta de protocolo assistencial para Enfermeiros**” de autoria do aluno **Cynthia Assis de Barros Nunes** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Prof. M. Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho

Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

**GOIÁS, GOIÂNIA.
2014**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, que me incentiva, acolhe e cuida todos os dias e que é a razão para tudo em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por todas as oportunidades que tenho tido.

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional.

Agradeço à UFSC que realizou este curso e aos professores e tutores pela dedicação, proporcionando-nos momentos de grande aprendizado.

Agradeço aos colegas do curso, com os quais compartilhei momentos agradáveis e pelas amizades que perdurarão.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

RESUMO

ABSTRACT

1- INTRODUÇÃO.....	01
2- REFERENCIAL TEÓRICO.....	05
3- MÉTODO.....	15
4- RESULTADOS: Construção do Protocolo de Assistência do Enfermeiro a Pessoas Com Hipertensão Arterial Sistêmica.....	16
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
6- REFERÊNCIAS.....	25

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Protocolo de Assistência do Enfermeiro a Pessoas Com HAS	23
---	----

RESUMO

NUNES, Cynthia Assis de Barros. **Cuidar/Cuidado do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia de Saúde da Família: uma proposta de protocolo assistencial para Enfermeiros**, Goiânia. 2014. 38 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis) – Universidade Federal de Santa Catarina. 2014 (Orientador: Prof. M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho).

A hipertensão é um grave problema de saúde pública no Brasil. Os profissionais da rede básica tem grande importância no controle dessa doença. Na Estratégia de saúde da Família, que preconiza o trabalho em equipe multiprofissional no atendimento à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o enfermeiro possui diversas atribuições, dentre as quais realizar a Consulta de Enfermagem, e atividades de Educação em Saúde. A Consulta de Enfermagem deve contemplar as etapas do Processo de Enfermagem. Já a atividade de Educação em saúde pode ocorrer em diversos cenários e momentos, e objetiva a adoção de comportamentos saudáveis, entre outros. A literatura aponta que nem sempre essas atividades são realizadas de forma sistematizada e eficaz. Buscou-se construir uma proposta de protocolo assistencial de assistência do Enfermeiro a pessoas com HAS na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de intervenção, com construção de protocolo clínico para assistência do Enfermeiro a pessoas com HAS. Foi realizada revisão da literatura na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google scholar. Utilizou-se para a consulta de enfermagem, o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta. A assistência do Enfermeiro por meio da Consulta de Enfermagem e Educação em saúde deve ser sistematizada, utilizar referencial científico e ser embasada em evidências, possibilitando o acompanhamento de mudanças no estilo de vida, favorecendo a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações. Este estudo permitiu condensar diversos aspectos da assistência do Enfermeiro à pessoa com HAS, na construção de um protocolo aplicável à atenção primária.

Palavras-chave: “Hipertensão”; “Assistência de Enfermagem”; “Enfermagem de atenção primária”; “Educação em saúde”.

ABSTRACT

NUNES, Cynthia Assis de Barros. **Caring / Care user with Hypertension in the Family Health Strategy: a proposed clinical protocol for Nurses**, Goiania. 2014. 38 p. Completion of course work (Specialization Lines of Care Nursing - Chronic Noncommunicable Diseases) - Federal University of Santa Catarina. 2014 (Advisor:. Prof. M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho).

Hypertension is a serious public health problem in Brazil . Professionals in the core network has great significance in controlling this disease. In the Family Health Strategy , which calls for the multiprofessional teamwork in meeting the person with Hypertension (HBP) , the nurse has many duties , among which perform Consultation Nursing , and Education activities in Health Consultation Nursing should include the steps of the Nursing Process . The activity Health education can occur in various scenarios and moments , and pursues the adoption of healthy behaviors , among others . The literature indicates that these activities are not always carried out in a systematic and effective way . We sought to build a proposed clinical protocol to assist the nurse to people with hypertension in the Family Health Strategy . This is an intervention study with a clinical protocol for construction of nursing to people with hypertension. Literature review was conducted on the Virtual Health Library (VHL) and Google scholar . Was used for nursing consultation, the theoretical framework of Wanda de Aguiar Horta . The assistance of the nurse through the Nursing Consultation and Health education should be systematized , using scientific references and be evidence-based , allowing the monitoring of changes in lifestyle , encouraging adherence to treatment and prevention of complications . This study allowed to condense various aspects of the care of the nurse to the person with hypertension , in building a protocol applicable to primary care .

Keywords: "Hypertension"; "Nursing care"; "Nursing in primary care"; "Health Education"

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição muito prevalente que colabora para complicações como infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal e acidente vascular cerebral, provocando também mortes prematuras (BRASIL, 2010).

A HAS corresponde à pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com Brasil (2006) a hipertensão é um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo que os profissionais da rede básica tem grande importância nas estratégias de controle dessa doença, seja na definição do diagnóstico clínico, na conduta terapêutica, no processo de educação em saúde do paciente hipertenso ou na adesão deste ao tratamento.

No âmbito da atenção básica à saúde, encontra-se a Estratégia de saúde da Família, que preconiza o trabalho em equipe multiprofissional no atendimento à pessoa com HAS. Esta equipe engloba agentes comunitários de saúde (ACS), médico, auxiliar ou técnico em enfermagem e enfermeiro (BRASIL, 2006).

A Estratégia de saúde da Família surgiu tendo como objetivo reorientar o modelo assistencial de saúde no Brasil, até então curativo, para um modelo preventivo (MENEZES JÚNIOR et al., 2011).

Segundo Carter, Bosworth e Green (2012) o cuidado baseado em equipe é um dos principais componentes da assistência centrada no paciente. Segundo esses autores, estudos tem demonstrado que as equipes envolvendo enfermeiros, e também farmacêuticos podem melhorar significativamente o controle da pressão arterial. Para isso novas tecnologias tem sido utilizadas, como ligações por telefone ou utilização de mídias sociais. Essas estratégias buscam ampliar o acesso dessa população aos serviços.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família o enfermeiro atende pessoas com HAS e possui diversas atribuições como: capacitar e supervisionar os ACS e auxiliares de enfermagem; realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências no tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico quando necessário; desenvolver atividades educativas de promoção à saúde, individuais ou em grupo; solicitar exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os pacientes que não aderem ao tratamento, os de difícil controle da pressão arterial e

portadores de lesões em órgãos-alvo ou com comorbidades; encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os pacientes com pressão arterial controlada, mesmo que tenham lesões em órgãos-alvo e para consultas semestrais os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades (BRASIL, 2006).

Segundo Felipe et al. (2011), o enfermeiro desempenha papel fundamental no cuidado a essas pessoas, sobretudo na atenção básica, na qual ocorre um acompanhamento que favorece a aproximação com o contexto social do usuário do serviço e a compreensão de suas necessidades, particularidades e história de vida.

Sendo assim, faz-se necessário que o profissional compreenda a realidade onde atua e reflita sobre sua prática, para que possa atender de maneira humana e integral a pessoa com HAS (WAIDMAN et al., 2012).

Clark et al. (2010) realizaram uma revisão sistemática da literatura, cujo objetivo foi avaliar se a prescrição pelo enfermeiro era uma importante intervenção no controle da pressão arterial e para identificar quais áreas necessitavam de mais estudos. Os autores constataram que comparando com os cuidados habituais, as intervenções que incluíam um algoritmo de tratamento, mostraram maiores reduções na pressão arterial sistólica quando o enfermeiro prescrevia, bem como o monitoramento por telefone, consistiram em grande conquista para o controle da pressão arterial, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. No entanto, afirmam que mais estudos são necessários para avaliar a atuação dos enfermeiros como prescritores.

Para Felipe, Abreu e Moreira (2008), o enfermeiro precisa atender as pessoas com HAS sistematizando suas ações, buscando o desenvolvimento de habilidades específicas nas unidades básicas de saúde para realizarem consulta de enfermagem de forma satisfatória.

Embora diversos aspectos devam ser observados na assistência a pessoa com HAS, Moura et al., 2011, constataram, em revisão bibliográfica realizada, cujo tema era cuidado de enfermagem a pessoa com hipertensão, que é preocupante a forma como eram realizadas as consultas de enfermagem, ou seja, de modo assistemático, individualizada e ainda centrada no modelo médico hegemônico.

Neste levantamento, foram identificados estudos que apontavam unidades e sub-unidades temáticas sobre cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão. As unidades mencionadas foram: consultas, educação em saúde (individual ou em grupo), visitas domiciliares, grupos de auto-ajuda e grupos de atividade física (MOURA et al., 2011).

Com relação às consultas, mencionadas em 17 estudos identificados na pesquisa bibliográfica, chamou a atenção a abordagem prioritariamente individual, que não envolvia a

família ou outras pessoas significativas na participação e engajamento no tratamento (MOURA et al., 2011).

Com relação à utilização da educação em saúde, mencionada em 17 estudos, predominaram as orientações individuais, não ocasionando o impacto desejado na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Segundo os autores a educação em saúde deve ser um momento de construção compartilhada de conhecimentos entre aquele que educa e o educando (MOURA et al., 2011).

Em pesquisa realizada em unidades básicas de saúde em Fortaleza-Ceará, com 246 pessoas inscritas no Programa de Controle de Hipertensão Arterial, cujo objetivo era descrever as barreiras encontradas pelas pessoas com HAS para a não-adesão ao tratamento e controle dos níveis de pressão arterial, foram apontadas como principais barreiras as baixas condições financeiras (76,8%), o tratamento contínuo com muitos medicamentos (74,0%) e a realização de atividades físicas (64,6%). Considerando esses achados, e que o enfermeiro, no âmbito da equipe multidisciplinar, é responsável pelo cuidado e acompanhamento dessas pessoas, este profissional pode auxiliar na minimização das barreiras ao tratamento anti-hipertensivo, por meio de orientações, incentivo, acolhimento, valorizando medos, dificuldades e objeções ao tratamento (GUEDES et al., 2011).

Já em estudo qualitativo realizado com trabalhadores de saúde que prestavam assistência a pessoas com HAS na atenção básica, que objetivou conhecer a assistência prestada sob a ótica dos trabalhadores, identificou que os profissionais atendem as necessidades de saúde mais urgentes da população, mas que não conseguem atingir toda a população por vários motivos, o que implica na qualidade da assistência, embora tenha sido identificado esforço e comprometimento da equipe. A equipe apontou como fatores dificultadores no atendimento, a demanda excessiva, a falta de recursos materiais e estrutura física inadequada (WAIDMAN et al., 2012).

Outro estudo qualitativo, realizado com enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família de Pau dos Ferros- Rio Grande do Norte, objetivou compreender os sentidos atribuídos ao cuidado de saúde na hipertensão. Foram apontados como significados do cuidado: o cuidado não ser realizado em equipe; o enfermeiro ocupar-se com atividades educativas eventuais e a organização do trabalho das equipes; falta de apoio da gestão local ao programa de acompanhamento e controle da hipertensão, dentre outros. Segundo os autores os sentidos destes significados apontaram que o trabalho das equipes se mostra divergente da proposta da Saúde da Família, que os enfermeiros estão desmotivados para desenvolver a educação em saúde devido à baixa adesão dos usuários, mas as reconhecem como essenciais, e que

necessitam de apoio da gestão de saúde para realização de um cuidado sistematizado que atenda as necessidades de saúde (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

No estudo acima citado os autores apontaram que é imprescindível que os enfermeiros rediscutam com os gestores e membros da equipe de saúde suas atribuições e necessidades como trabalhadores no cotidiano dos serviços de atenção à saúde primária direcionada à pessoas com HAS. Segundo os autores implementar o cuidado integral em saúde para a população necessita assumir processos de planejamento e avaliação em saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família; oferecer infraestrutura adequada nos diversos níveis de atenção à saúde para favorecer mudanças no processo do cuidado; promover diálogos terapêuticos e considerar a experiência da saúde e da doença do usuário na decisão do tratamento (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

Considerando todos esses aspectos, faz-se necessário sistematizar as ações de enfermagem no atendimento à pessoa com HAS, para isso podem ser utilizados protocolos clínicos que direcionem as ações respaldadas em evidências científicas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os protocolos clínicos são instrumentos norteadores da atenção, direcionados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Dizem respeito ao enfrentamento de problemas de saúde, utilizando-se conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Considerando as atribuições do enfermeiro no acompanhamento de pessoas com HAS e que, como apontam os estudos, este acompanhamento tem sido realizado de forma incorreta e não sistematizada, espera-se com este trabalho elaborar um protocolo de assistência de enfermagem a pessoa com HAS atendida na atenção primária, na Estratégia de Saúde da Família.

Sendo assim, este trabalho contribuirá na sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com HAS, o que possibilitará melhor acompanhamento dessas pessoas, a fim de se reduzir os fatores de risco e comorbidades associados a esta doença, bem como promover a adoção de estilo de vida saudável e adesão ao tratamento. Possibilitará ainda maior controle da HAS e possivelmente a redução dos níveis pressóricos das pessoas com este agravo atendidas por Enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família.

Portanto, o objetivo geral do estudo foi construir uma proposta de protocolo assistencial de assistência do Enfermeiro a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia de Saúde da Família. Os objetivos específicos do estudo foram: Descrever a

consulta de Enfermagem à pessoa com HAS baseado na Teoria de Wanda de Aguiar Horta; e descrever a utilização da educação à saúde na assistência do Enfermeiro às pessoas com HAS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1) Consulta de Enfermagem à pessoa com HAS

A enfermagem tem como objetivo o cuidado humano, que deve pautar-se pela qualidade, sendo assim os enfermeiros devem desenvolver o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões. Nesse contexto o cuidado de enfermagem deve ser realizado com planejamento e de forma sistematizada (LIMA et al., 2006).

A consulta de Enfermagem é atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 1986). Deve ser planejada, com estabelecimento de objetivos que possam ser alcançados com base em metodologia científica. Assinala-se a necessidade da utilização de um referencial teórico-metodológico para embasar e nortear a prática de enfermagem durante a consulta, uma vez que a teoria possibilitará ao enfermeiro conhecer e trabalhar com problemas de saúde potenciais e reais, a partir do entendimento das necessidades de saúde identificadas (FELIPE et al., 2011).

Corresponde a uma modalidade de assistência que possibilita o acompanhamento das modificações no estilo de vida que favorecem o controle da doença, bem como reforçar as orientações para o autocuidado utilizando o Processo de Enfermagem (MANZINI; SIMONETTI, 2009).

Considerando que a sistematização da assistência de enfermagem deve ser realizada em todos os estabelecimentos de saúde (COFEN, 2009), esta pode ocorrer por meio da utilização do processo de enfermagem, como mencionado acima, que inclui as etapas de coleta do histórico, diagnóstico, planejamento e implementação (COFEN, 2009).

Com relação ao referencial teórico, optou-se por utilizar o de Wanda de Aguiar Horta na construção da consulta de enfermagem à pessoa com HAS.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, publicada em 1979, baseia-se nas Leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo e na Teoria da Motivação Humana de Maslow (HORTA, 1979).

O sistema de classificação das necessidades humanas básicas adotado por Horta foi o de João Mohana, que dividiu essas necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. As necessidades psicobiológicas incluem: a oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, integridade cutâneo-mucosa e física, regulação, locomoção, percepção, ambiente e terapêutica. As necessidades psicossociais incluem: segurança, amor, liberdade,

comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem, atenção. As necessidades psicoespirituais incluem: religiosa e ética (HORTA, 1979).

Segundo Truppel et al. (2008) o modelo conceitual de Horta definiu quatro conceitos, sendo: ser humano, enfermagem, saúde e ambiente.

O ser humano, indivíduo, família ou comunidade encontra-se em constante interação com o universo e estando sujeito as leis que o regem, dá e recebe energia que provaca modificações para o equilíbrio ou desequilíbrio (TRUPPEL et al., 2008).

A enfermagem, segundo a Teoria de Wanda de Aguiar Horta, é um serviço prestado ao ser humano, integrando uma equipe de saúde, e constitui a ciência e a arte de promover assistência ao ser humano no atendimento das suas necessidades básicas, de maneira que ele se torne independente dessa assistência, assim que for possível, por meio do ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde, ou seja, tem como objetivo reconduzir o ser humano ao estado de equilíbrio dinâmico (HORTA, 1979).

A saúde é um estado de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, sendo que para alcançar o completo bem-estar é necessário o atendimento das necessidades básicas. Uma vez não atendidas as necessidades básicas ou atendidas inadequadamente, trazem desconforto que pode causar a doença (HORTA, 1979).

O ambiente é todo o universo que se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seres e as leis geram que regem o universo (HORTA, 1979).

A forma de operacionalizar a Teoria da Wanda de Aguiar Horta, seria por meio do processo de enfermagem (HORTA, 1979).

De acordo com o referencial teórico e as etapas do processo de enfermagem, será discorrido como deve ocorrer a consulta de enfermagem à pessoa com HAS.

2) Educação em Saúde à pessoa com HAS

2.1) Aspectos gerais da Educação em Saúde direcionada à pessoa com HAS

A educação em saúde pode ser considerada uma das principais ações de promoção da saúde, uma vez que é fundamental na prevenção e reabilitação de doenças, além de favorecer a percepção da cidadania, responsabilidade individual e social no que diz respeito à saúde, e na formação de cuidadores. Objetiva, portanto, não apenas a explicação e a informação, sobretudo auxiliar os indivíduos e grupos a perceberem sua realidade individual e social, facilitando o empoderamento sobre suas vidas, para que enfrentem as condições adversas à saúde (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

A educação em saúde à pessoa com HAS configura também uma importante estratégia para estimular o engajamento da pessoa com HAS no autocuidado e consequentemente melhorar a adesão ao tratamento sugerido (FELIPE et al., 2011), uma vez que segundo Fuchs e Castro (2008) a educação incorreta é uma das causas da hipertensão arterial de difícil controle.

Segundo Siqueira et al. (2009) embora na atenção primária à saúde prevaleçam as ações curativas (diagnóstico e tratamento), que ocupam grande parte do tempo dos profissionais das unidades básicas, a realização de atividades educativas é fundamental para a propagação de comportamentos saudáveis para a população da área de abrangência de atendimento.

Sendo assim, a educação em saúde constitui um dos elementos principais da promoção da saúde, logo para a melhoria da qualidade de vida, dessa forma é imprescindível que a proposta educacional promova transformação social, buscando a construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007; MENEZES JÚNIOR et al., 2011). Favorece também a construção de vínculo entre os pacientes e os profissionais de saúde (SPINATO; MONTEIRO; SANTOS, 2010).

A educação em saúde deve buscar conscientizar a população sobre os prováveis fatores determinantes das doenças, além disso, deve objetivar integrar a comunidade nos serviços, demonstrando a importância da participação efetiva nas deliberações junto à equipe (ROECKER; MARCON, 2011).

Portanto a educação em saúde deve despertar nos indivíduos a consciência da importância do cuidado com a saúde, das maneiras de cuidar e si e da compreensão plena do processo saúde/doença e não somente as causas e consequências da doença (ROECKER; MARCON, 2011).

As atividades educativas realizadas com pessoas que tem doenças crônicas facilitam a troca de experiências de todos os participantes, por possibilitar demonstração de suas idéias, reflexões, e ainda, que essas pessoas consigam gerenciar seus tratamentos e cuidar de sua saúde com o apoio de profissionais como os enfermeiros (ULBRICH et al., 2012).

Segundo o Brasil (2006) é necessário saber que a sustentação da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é uma das tarefas mais árduas enfrentadas pelos profissionais de saúde, pois exige gerenciamento das ações terapêuticas pra controle das condições crônicas, perseverança, motivação e educação continuada.

Sendo assim a motivação para a mudança por meio da atividade educativa é fundamental para o sucesso do processo educativo. Em alguns casos, o desejo de modificar

hábitos pode se tornar um problema devido ao imediatismo, uma vez que os pacientes tem dificuldades de esperar modificações a longo prazo (SPINATO; MONTEIRO; SANTOS, 2010).

Considerando o constante contato da equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família com hipertensos é responsabilidade desta implementar medidas que visem promover a saúde e prevenir complicações dessa população. Logo a enfermagem deve atuar em equipe, e também em parceria com o paciente e a família (MENEZES; GOBBI, 2010).

O enfermeiro é um educador permanente e por meio de práticas educativas pode contribuir para que pessoas com hipertensão adquiram hábitos de vida saudáveis evitando que estas evoluam para possíveis complicações. Para isso deve propor métodos para a mudança de hábitos nocivos utilizando principalmente a educação em saúde, a fim de colaborar na transformação da pessoa com hipertensão de agente passivo a agente ativo e participante do processo de reeducação e melhora da qualidade de vida (MENEZES; GOBBI, 2010).

Embora a educação em saúde tenha a relevância acima descrita, Roecker e Marcon (2011) afirmam, com base em estudo realizado na Estratégia de Saúde da Família da 10ª Regional de saúde do Paraná, que o trabalho educativo desenvolvido está aquém do preconizado para o modelo assistencial de cuidados à saúde da família e comunidade. Segundo os autores as atividades educativas individuais estavam relacionadas aos procedimentos e atendimentos do cotidiano, não havendo um momento exclusivo para isso, quanto às atividades educativas coletivas, verificou-se que também representavam proporção menor do que a esperada.

Nessa mesma pesquisa os autores concluíram que havia necessidade de mudanças com relação ao envolvimento dos profissionais com as atividades educativas, sendo necessário o despertar do interesse pelo trabalho educativo, maior comprometimento dos profissionais, bem como o reconhecimento e enfrentamento dos problemas relacionados à educação em saúde (ROECKER; MARCON, 2011).

Em estudo realizado por Felipe, Abreu e Moreira (2008) foi evidenciado que muitos pacientes não conheciam a doença e seu tratamento, o que, segundo os autores, confirma a importância da educação em saúde realizada pelo enfermeiro para reduzir as dificuldades na adaptação e enfrentamento da doença pelos pacientes e familiares.

Outra pesquisa descritiva de série de casos, cujo objetivo foi identificar características definidoras e fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente e estabelecer intervenções de enfermagem, realizado com 20 pessoas que tinham HAS, cadastrados em unidade de saúde da família, identificou as seguintes características

definidoras: seguimento inadequado de instruções e verbalização do problema relacionados à falta de interesse em aprender, à falta de capacidade de recordar, à falta de exposição, à falta de familiaridade com os recursos de informação e à interpretação errônea de informação, o que corrobora com achados dos estudos acima. As intervenções propostas pelo estudo priorizaram a educação para a saúde, a orientação quanto ao sistema de saúde e a troca de informações entre profissionais sobre cuidados de saúde do paciente (FAVA et al., 2010).

De acordo com o referido estudo a educação para a saúde, consiste no desenvolvimento e fornecimento de orientação e experiências de aprendizagem a fim de favorecer a adaptação voluntária de comportamento que conduz indivíduos, famílias, grupos ou comunidades à saúde. Para isso, é necessário identificar o contexto pessoal, a história sociocultural no que tange a saúde, levantar conhecimentos sobre a saúde e o apoio social, de maneira a engajar os indivíduos, famílias e grupos no planejamento e na implementação de estratégias para mudanças no estilo de vida e no comportamento (FAVA et al., 2010).

Para Siqueira et al. (2009) e Menezes Júnior et al. (2011) a educação em saúde deve abranger diversos aspectos como a nutrição, a prática de atividades físicas, saneamento, a patologia, suas complicações entre outros, objetivando proporcionar espaços educativos em saúde aos pacientes, estimulando a compreensão da importância da modificação de comportamento em direção a um estilo de vida saudável.

2.2) Aspectos conceituais da Educação em Saúde direcionada à pessoa com HAS

A educação em saúde pode ser realizada de forma individual e em grupo (BEZERRA et al., 2006).

Em pesquisa qualitativa realizada por Rezende (2011) com equipe interdisciplinar, cujo objetivo foi analisar o processo educativo com ênfase na educação alimentar de pessoas com hipertensão arterial e diabetes no âmbito da atenção básica, o autor mencionou que as atividades educativas ocorriam de forma individual, por meio de consulta, ou coletiva, que poderia ocorrer tanto nas atividades grupais como na visita domiciliária. Segundo o autor, a preferência dos usuários se deu pela atividade educativa individual e medicocentrada, já segundo os profissionais de saúde, o grupo representava o espaço educativo mais eficaz.

Nesse contexto, com relação ao profissional Enfermeiro, o estudo realizado por Bezerra et al. (2006) identificou as ações desenvolvidas pelos enfermeiros do Programa Saúde da Família em prática educativa a pacientes hipertensos a partir dos resultados do projeto CIPESC® em Fortaleza/Ceará. Foram analisados quatro eixos, o informar, atender, observar e gerenciar. No eixo informar, 100% dos enfermeiros referiram orientar quanto à alimentação

de paciente hipertenso, orientar hipertensos sobre como tomar os medicamentos, orientar quanto à importância da continuidade de tratamento da hipertensão, comunicar à família os problemas do paciente, comunicar alterações do estado de saúde dos pacientes (pressão arterial), orientar quanto à realização de exercícios físicos para hipertensos, orientar pacientes hipertensos para o autocuidado, orientar paciente hipertenso quanto ao controle da pressão arterial, orientar paciente quanto hidratação, orientar usuários sobre os programas existentes na Unidade de Saúde, entre outras atividades.

Com relação ao eixo atender, 100% dos enfermeiros referiram realizar atendimento individual dos hipertensos, prescrever medicamentos na rotina, ver o cliente como um todo, porém quando se refere à atividade educativa em grupo esse número reduziu para 66,7% aproximadamente (BEZERRA et al., 2006).

Quanto ao eixo observar, a quase totalidade dos enfermeiros mencionaram analisar a história do paciente, pesquisar hábitos alimentares, uso de álcool e fumo, acompanhar dados do paciente, como peso e pressão arterial, entre outros aspectos (BEZERRA et al., 2006).

O último eixo avaliado foi o gerenciar, no qual foi identificado que 100% dos enfermeiros controlavam o programa de hipertensão arterial e sistematizavam a orientação sobre a medicação, por escrito, para o paciente. Já com relação à atividade em grupo, novamente 66,7% dos enfermeiros disseram coordenar os grupos (BEZERRA et al., 2006).

Feijão e Galvão (2007) realizaram revisão sistemática que objetivou investigar as principais técnicas e métodos de educação em saúde e relação destas com as bases teóricas da educação em saúde utilizadas por profissionais de saúde na elaboração e implementação de ações educativas no âmbito da atenção primária. De acordo com os autores, foram identificados três modelos de educação em saúde: o modelo de transformação social, que tem enfoque na conscientização e participação das classes populares; o modelo preventivo, baseado no modelo de saúde tradicional, chamado Médico-Assistencial e o modelo *Empowerment*, que envolve o reconhecimento de determinantes sociais. Com relação às técnicas utilizadas predominou o uso de técnicas escritas, visuais e gráficas.

Segundo o estudo acima citado, o uso de modelos visa facilitar o planejamento das ações, bem como das técnicas educativas e na implementação da educação em saúde na atenção primária. Para isso, deve ser realizado planejamento que considere as características do público-alvo numa perspectiva científica, porém muitas vezes, por falta de conhecimento é realizado um trabalho mais empírico.

No estudo de Menezes Júnior et al. (2011), considerando o cotidiano dos serviços de saúde, as ações educativas ainda baseiam-se em um modelo verticalizado, que desconsidera a realidade vivida pelos usuários, servindo-se de metodologias tradicionais.

Roecker e Marcon (2011) apontam dois modelos para a realização da educação em saúde, que são o Tradicional e o Radical.

O modelo educativo tradicional visa substituir os comportamentos nocivos à saúde por comportamentos saudáveis, utilizando a transmissão de informações, baseia-se nos pressupostos de que mais fácil prevenir do que curar e que o comportamento individual é determinante no surgimento das doenças. Logo a educação em saúde objetiva prescrever regras para modificar ações que causam as doenças, este enfoque não considera os aspectos biopsicosocioculturais e políticos, culpando os indivíduos por suas enfermidades, utilizando práticas impositivas de cuidados à saúde (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

Já a educação na perspectiva Radical utiliza atividades direcionadas ao desenvolvimento de capacidades dos indivíduos e da coletividade almejando a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas. Busca desenvolver nas pessoas o senso crítico sobre a sua realidade e o incremento do controle social por parte desses indivíduos, com vistas a uma política de saúde integrativa, democrática e resolutiva (ROECKER; MARCON, 2011).

Conforme o modelo educativo radical o indivíduo mediante informações oferecidas pelos serviços de saúde faz suas escolhas, cabendo ao profissional reconhecer a forma de cuidado, as crenças e valores dos usuários, para com base nestas planejar suas ações. Para avaliar a efetividade do processo educativo, é considerado o nível de entendimento do indivíduo em relação à situação e não apenas a mudança de comportamento, uma vez que este modelo busca a etiologia dos problemas nos aspectos sociais, econômicos e políticos e seu objetivo é produzir consciência pública dos indivíduos sobre os interesses, sobretudo de natureza econômica, que influenciam nas condições de saúde da população (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

Sendo assim a educação em saúde deve também atuar no sentido de despertar o empoderamento e a interação da comunidade na realidade dos serviços de saúde, para tal não deve fazer distinção de crenças, cultura, grau de escolaridade ou situação econômica e social, almejando sempre o despertar das pessoas para que obtenham adequadas condições de saúde e exerçam a plena cidadania (ROECKER; MARCON, 2011).

Para Alves (2005) o modelo dialógico, que prevê a troca de saberes técnico-científicos e populares, por profissionais e usuários, por meio do diálogo, para assim construir, de forma compartilhada, um saber sobre o processo saúde e doença, constitui uma proposta de

integralidade. Nesse sentido essa prática educativa pode se dar em espaços como os grupos educativos, ou em espaços informais como a consulta na residência das famílias durante a visita domiciliária, expressando a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

Em estudo realizado por Roecker e Marcon (2011) os autores observaram que a maior parte das atividades educativas coletivas constavam de palestras o que, segundo os autores, dificulta a interação entre os profissionais e os usuários. Quanto às atividades educativas individuais, geralmente estavam associadas a outras atividades como a consulta de enfermagem.

Outra ferramenta que pode ser utilizada para a educação em saúde a pessoas com hipertensão arterial é o grupo. Magnabosco e Nogueira (2011) realizaram um estudo, cujo objetivo foi avaliar a contribuição da participação em um grupo de convivência sobre variáveis clínicas como atividade física, tabagismo, etilismo e seguimento da prescrição médica e hábitos de vida dos indivíduos com hipertensão arterial. Os autores concluíram que a participação no grupo de convivência colaborou para melhores resultados das variáveis clínicas e hábitos de vida, principalmente para a prática de atividade física e para o monitoramento da pressão arterial (frequência das medidas). Sendo assim, segundo os autores, para que o grupo possa colaborar na adoção de hábitos de vida saudáveis, na adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida, é necessário a participação da equipe multidisciplinar integrada, familiares, comunidade e governantes e que cada um desempenhe seu papel com responsabilidade e dedicação.

Segundo Menezes et al. (2012) o trabalho educativo com grupos possibilita a criação de relações a cerca de problemas comuns, com vistas ao aprofundamento de discussões, troca de experiências e incremento de conhecimentos, uma vez que grupos com participantes de uma mesma comunidade, cujo perfil sociodemográfico e cultural são semelhantes, facilita a adoção e troca de estratégias de superação de dificuldades, aumentando a autonomia das pessoas, culminando em melhores condições de saúde.

Outro estudo realizado por Baldissera e Bueno (2012), objetivou realizar por meio de uma pesquisa-ação a educação em saúde junto a um grupo de hipertensos baseada na pedagogia crítico-social, tendo como ponto inicial a percepção dos participantes quanto ao lazer, desenvolvendo atividades educativas e posteriormente avaliando a opinião dos envolvidos quanto ao impacto para a vida e para a saúde mental. O estudo teve duas fases, sendo que a atividade educativa foi conduzida pelas técnicas de grupo focal, grupo-pesquisador de Freire e entrevista semiestruturada.

Na fase de ação, o primeiro tema gerador que foi o envelhecimento, o lazer e doença crônica e o segundo conhecimento e vivências do lazer. Para o primeiro tema gerador foram utilizadas como estratégias pedagógicas os espaços de discussão, cujas atividades educativas foram os grupos focais, painéis dialogados, dinâmicas do concordo, não concordo e não sei. O objetivo deste tema foi promover a conscientização. O segundo tema gerador foi o conhecimento e vivências do lazer. Como estratégias pedagógicas foram utilizadas oficinas de atividades recreativas e socializantes. As atividades educativas utilizadas foram oficinas (bingo) e os objetivos foram proporcionar momentos de lazer e socialização.

O estudo acima citado concluiu que o lazer foi sentido e vivido como forma de se enfrentar a solidão, possibilitando a socialização e consequentemente promovendo a saúde mental e visto ainda como forma de enfrentamento e tratamento da hipertensão arterial. Os temas selecionados permitiram o diálogo, promovido por meio de estratégias educativas como dinâmicas e grupos de discussão, favorecendo a socialização e a troca de experiências.

Outra possibilidade foi a desenvolvida por Silva et al. (2006), que propuseram uma intervenção em uma população de hipertensos e diabéticos, nas unidades da Vila Romana, São Paulo, por meio da formação de grupos para atividades educativas, com seguimento regular, fornecimento de medicamentos, controles periódicos e atendimento de intercorrências. Ou seja, a associação de atividades educativas em grupo com outras vertentes do atendimento a pessoas com hipertensão arterial.

Segundo o estudo supracitado foram formados diversos grupos de até 15 pessoas com hipertensão arterial e diabetes, sendo que aqueles que tinham diabetes e hipertensão fizeram parte do grupo de diabéticos. Foram realizados encontros mensais com os grupos durante três meses consecutivos. Nesse período os pacientes passaram por consulta médica mensal e participaram de atividades educativas referentes às suas doenças, complicações, nutrição, cuidados dentários, controle do estresse, cuidados a serem tomados e controles exigidos para estabilizar a doença, bem como sobre a necessidade de adesão ao tratamento. Receberam também um cartão para controle da hipertensão e/ou diabetes. Para os que tiveram interesse, foram desenvolvidos encontros com a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional, totalizando quatro encontros. A cada três meses, foi realizada consulta com profissional não-médico. Para os casos de alterações de glicemia ou pressão arterial uma consulta médica foi realizada e uma consulta posterior foi agendada para seis meses. No período de acompanhamento, os pacientes que apresentaram qualquer intercorrência clínica tiveram prioridade em consulta médica, por meio de vagas reservada para esta finalidade. Os faltosos às consultas médicas e não-médicas agendadas foram convocados por telefone ou aerograma. Após dois anos os

grupos de pessoas com hipertensão arterial foram redistribuídos em seis novos grupos, e os que tinham diabetes em três novos grupos, com base no controle da doença. Para os grupos controlados manteve-se a estratégia de comparecimento à unidade para dispensação dos medicamentos, aferição da pressão e/ou glicemia e orientações gerais a cada três meses. Para os grupos não controlados, a nova estratégia utilizada foi o comparecimento à unidade a cada dois meses para aferição da pressão e/ou glicemia, dispensação de medicamentos e orientações gerais. Nesse contexto, as pessoas que apresentaram alterações foram encaminhadas para consulta médica extra. Para todos os pacientes foram mantidas consultas médicas regulares a cada seis meses e consulta preferencial em caso de intercorrências.

De acordo com os autores do estudo acima, os índices de pressão arterial após a intervenção apresentaram melhora, sendo que no início 27% dos participantes tinham pressão normal e limítrofe e 45% moderada e grave e após a intervenção 53% tinham a pressão normal e limítrofe e 19% moderada e grave, representando redução de hipertensão moderada e grave relativa de 42% e absoluta de 26%.

Como resultados secundários Silva et al. (2006) obtiveram a organização da infraestrutura de apoio para os grupos, que consistiu em fornecimento regular da medicação, padronização dos exames subsidiários, atendimento de intercorrências e realização de ações educativas. Sendo assim, a associação dessas atividades mostrou-se útil no controle de doenças crônicas.

Os autores destacaram ainda que as atividades educativas foram realizadas na perspectiva de uma educação interativa, segundo a qual os participantes eram estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades, refletindo sobre as situações cotidianas. Também foram estimuladas as trocas de experiências.

Nos estudos acima citados, destaca-se como um dos aspectos principais para o sucesso nas atividades educativas, a realização de um planejamento e sistematização das atividades realizadas, para que os resultados possam ser analisados e conforme estes, novas estratégias possam ser propostas.

Com base nos aspectos descritos acima, elaborou-se o algoritmo 1 que corresponde ao protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com HAS (BRASIL, 2006; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo de intervenção, com construção de protocolo clínico para assistência do Enfermeiro a pessoas com HAS.

Para a construção do protocolo, foi realizada uma extensa revisão assistemática da literatura na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Scholar.

Para a pesquisa de artigos na BVS foram utilizados os descritores em saúde “Hipertensão” e “Assistência de Enfermagem”, “Enfermagem de atenção primária” e “Educação em Saúde”.

Para a pesquisa de artigos no Google Scholar, foram utilizados os termos “Educação em Saúde” e “Hipertensão”.

Foi feita a leitura flutuante dos resumos dos artigos selecionados e aqueles que continham a temática pesquisada, e cujas publicações ocorreram no ano de 2005 ou a partir deste foram incluídos no estudo.

Foram utilizados também manuais orientadores da assistência propostos pelo Ministério da Saúde.

Para a construção do protocolo clínico de Enfermagem a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia de Saúde da Família foi feita a leitura de todos os textos selecionados e destacados os conceitos recorrentes/concordantes entre eles.

Utilizou-se como referencial teórico para a consulta de enfermagem a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979).

4 RESULTADO E ANÁLISE

CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HAS

Com base nos aspectos discorridos anteriormente, foi elaborado o protocolo de assistência de Enfermagem a pessoas com HAS.

O protocolo clínico de assistência de Enfermagem a pessoas com HAS foi constituído em dois eixos norteadores (BRASIL, 2006; FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; FELIPE et al., 2011), sendo:

- 1) Consulta de Enfermagem;
- 2) Educação em saúde;

1) Consulta de Enfermagem à pessoa com HAS

Histórico de Enfermagem: constitui o levantamento de dados do paciente (COFEN, 2009).

Identificação:

- Levantamento das características sociodemográficas e socioeconômicas (FELIPE et al., 2011; BRASIL, 2006).
- Sexo, idade, raça, escolaridade (BRASIL, 2006).
- Situação familiar, estado civil (BRASIL, 2006).
- Condições de trabalho, ocupação (BRASIL, 2006).

Fatores de risco e história pregressa de doença:

- História atual e pregressa: duração conhecida da HAS e níveis de pressão; adesão; reações adversas aos tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronária; sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellitus; indícios de hipertensão secundária; gota (BRASIL, 2006; FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008).
- Investigação sobre fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, ingestão de sal, ingestão de álcool (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

-Investigação de história familiar de acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial coronariana, morte prematura e súbita de familiares próximos (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Atendimento às necessidades básicas:

Necessidades psicobiológicas

-**Regulação neurológica:** Realização de avaliação neurológica (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; BRASIL, 2006).

-**Nutrição:** Avaliação nutricional: inclui consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada, cafeína e consumo de alimentos recomendados e suas frequências (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

-Avaliação do estado geral (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; BRASIL, 2006).

-Realização da palpação abdominal (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; BRASIL, 2006).

-Aferição do peso, altura (calcular índice de massa corporal- IMC), circunferência abdominal (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; BRASIL, 2006; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

-**Hidratação:** Avaliação do consumo diário de água e outros líquidos (BRASIL, 2006).

-**Oxigenção:** Realização de aferição da pressão arterial e frequência cardíaca; realização de palpação e ausculta de artérias carótidas; verificação de turgência de jugular; realização da palpação da tireóide; realização de exame da região do precórdio (avaliar ictus); realização de ausculta cardíaca e pulmonar; realização da palpação de pulsos periféricos (tibiais posteriores, pediosos, braquiais, radiais); avaliação de edema; (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; BRASIL, 2006; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

-**Exercícios:** Investigação da prática de atividade física (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

-**Terapêutica:** Investigação do uso de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir no tratamento (BRASIL, 2006).

-Avaliar a adesão ao tratamento prescrito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

-**Regulação imunobiológica:** Avaliar imunização (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

-Análise de exames solicitados em consulta anterior (FELIPE et al., 2011).

Necessidades psicossociais

-Lazer, comunicação, gregária, segurança, comunicação, aprendizagem, recreação, orientação no tempo e no espaço, participação, auto-imagem, atenção: Identificação dos fatores psicossociais intervenientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

-Aprendizagem/educação à saúde: Investigação do conhecimento sobre hipertensão, medidas preventivas e autocuidado (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

-Realização de convite para participação em grupos da unidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Necessidades psicoespirituais:

-Religião: Identificar as crenças (BRASIL, 2014).

Diagnóstico de Enfermagem: constitui o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que resulta na tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, e que representam a base para a decisão das ações ou intervenções para alcance dos resultados esperados (COFEN, 2009).

Uma das taxonomias de diagnósticos utilizada é a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (FAVA et al., 2010).

Planejamento de Enfermagem: nesta etapa ocorre a delimitação dos resultados esperados e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas diante das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2009).

Devem ser consideradas, para a realização do planejamento as metas para controle da hipertensão arterial considerando-se as seguintes categorias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011):

-Hipertensos estágios 1 e 2 e com risco cardiovascular baixo e médio: <140/90.

-Hipertensos e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto ou com três ou mais fatores de risco: <130/80.

-Hipertensos com insuficiência renal com proteinúria > 1,0 g/l: <130/80.

Outros aspectos a serem observados são as diretrizes quantos aos encaminhamentos e retornos, que preconizam que deve-se:

-Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades (BRASIL, 2006).

-Encaminhamento para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os pacientes que mesmo apresentando controle da pressão arterial, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades (BRASIL, 2006).

-Encaminhamento para consultas semestrais com o médico da equipe, os pacientes controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades (BRASIL, 2006).

-Os retornos para consulta de enfermagem devem ocorrer da seguinte forma (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011):

Retorno semestral: Pessoas até 60 anos; pessoas sem presença de complicações crônicas; pessoas com adequado conhecimento sobre hipertensão; pessoas com conhecimento de medidas preventivas e autocuidado; pessoas com adequado controle metabólico e ou da pressão arterial. Retorno trimestral: Pessoas acima de 60 anos e idosas; pessoas com presença de outras complicações crônicas decorrentes da HAS (déficit visual, acidente vascular cerebral - AVC, dentre outros); pessoas com inadequado controle metabólico (perante avaliação de exames laboratoriais que constam em prontuário) e/ou da pressão arterial; pessoas tabagistas ativas; pessoas com déficit de conhecimento sobre hipertensão; pessoas com déficit de conhecimento sobre medidas de prevenção e autocuidado; pessoas que moram sozinhas/isoladas ou com baixo grau de escolaridade; pessoas com alguma limitação da mobilidade para realizar o autocuidado (problema de coluna ou joelhos, obesidade, dentre outros, avaliando a necessidade de remoção ou visita domiciliar); pessoas com doença vascular periférica. Retornos em intervalos menores: Pessoas com diagnóstico de HAS recente; pessoas com descompensação da hipertensão arterial; pessoas com complicações agudas/crônicas; pessoas que apresentem feridas/amputações; pessoas em estados depressivos; pessoas que tem necessidade de viabilização de encaminhamento para consulta médica.

Implementação: nesta etapa são realizadas as ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem (COFEN, 2009).

Nesta etapa espera-se que o paciente com HAS seja orientado quanto a importância da adesão ao tratamento (CALEGARI et al., 2012), seja ele medicamentoso ou não-medicamentoso, quanto à importância do autocuidado (BRASIL, 2014; MANZINI; SIMONETTI, 2009), quanto ao controle do peso, alimentação adequada, redução do consumo de sal, redução do consumo de álcool, práticas de atividades físicas, controle do estresse psicossocial e cessação do tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Deve-se realizar também:

- Realizar a solicitação de exames: os exames iniciais de rotina a serem solicitados são a Análise de urina; potássio plasmático, creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos, ácido úrico plasmático, eletrocardiograma convencional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).
- Realizar a repetição da medicação de pacientes controlados sem intercorrências (BRASIL, 2006).

Avaliação de Enfermagem: constitui um processo deliberado, sistemático e contínuo de análise de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana no processo saúde e doença, para verificar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e de verificação da necessidade de alterações ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

2) Educação em Saúde à pessoa com HAS

Com base na leitura dos textos, observando-se que não há consenso em como deve ocorrer esta atividade na Estratégia de Saúde da Família no atendimento a pessoas com HAS, foi elaborado o seguinte roteiro para realização da educação em saúde à pessoa com HAS:

Objetivos da educação em saúde para pessoas com HAS

Objetiva auxiliar os indivíduos e grupos a perceberem sua realidade individual e social, facilitando o empoderamento sobre suas vidas, para que enfrentem as condições adversas à saúde (FEIJÃO; GALVÃO, 2007); a engajarem-se no autocuidado, aumentar a adesão ao

tratamento sugerido (FELIPE et al., 2011); melhorar a qualidade de vida e promover a adoção de comportamentos saudáveis (SIQUEIRA et al., 2009).

Temas a serem abordados:

- Nutrição; prática de atividades físicas, saneamento; HAS e suas complicações (MENESZES JÚNIOR et al., 2011; SIQUEIRA et al., 2009).
- Como usar os medicamentos, importância da continuidade do tratamento da hipertensão (BEZERRA et al., 2006). Tipos e funções dos medicamentos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).
- Autocuidado (BEZERRA et al., 2006).
- Controle da pressão arterial (BEZERRA et al., 2006).
- Hidratação (BEZERRA et al., 2006).
- Programas existentes na unidade de saúde (BEZERRA et al., 2006).
- Importância da adesão ao tratamento (CASTRO; FUCHS, 2008).
- Auto-monitorização domiciliar da pressão arterial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).
- Aspectos psicológicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Cenários para a realização das atividades de educação em saúde

- Domicílio (ALVES, 2005).
- Consulta de enfermagem individual (ALVES, 2005).
- Grupos (ALVES, 2005).

Periodicidade da atividade de educação em saúde em grupo

- Mensal (SILVA et al., 2006).

Estratégias pedagógicas

- Grupo focal (BALDISSERA; BUENO, 2012).
- Painéis dialogados (BALDISSERA; BUENO, 2012).
- Dinâmicas (BALDISSERA; BUENO, 2012).
- Oficinas (BALDISSERA; BUENO, 2012).

Número de participantes das atividades de grupo

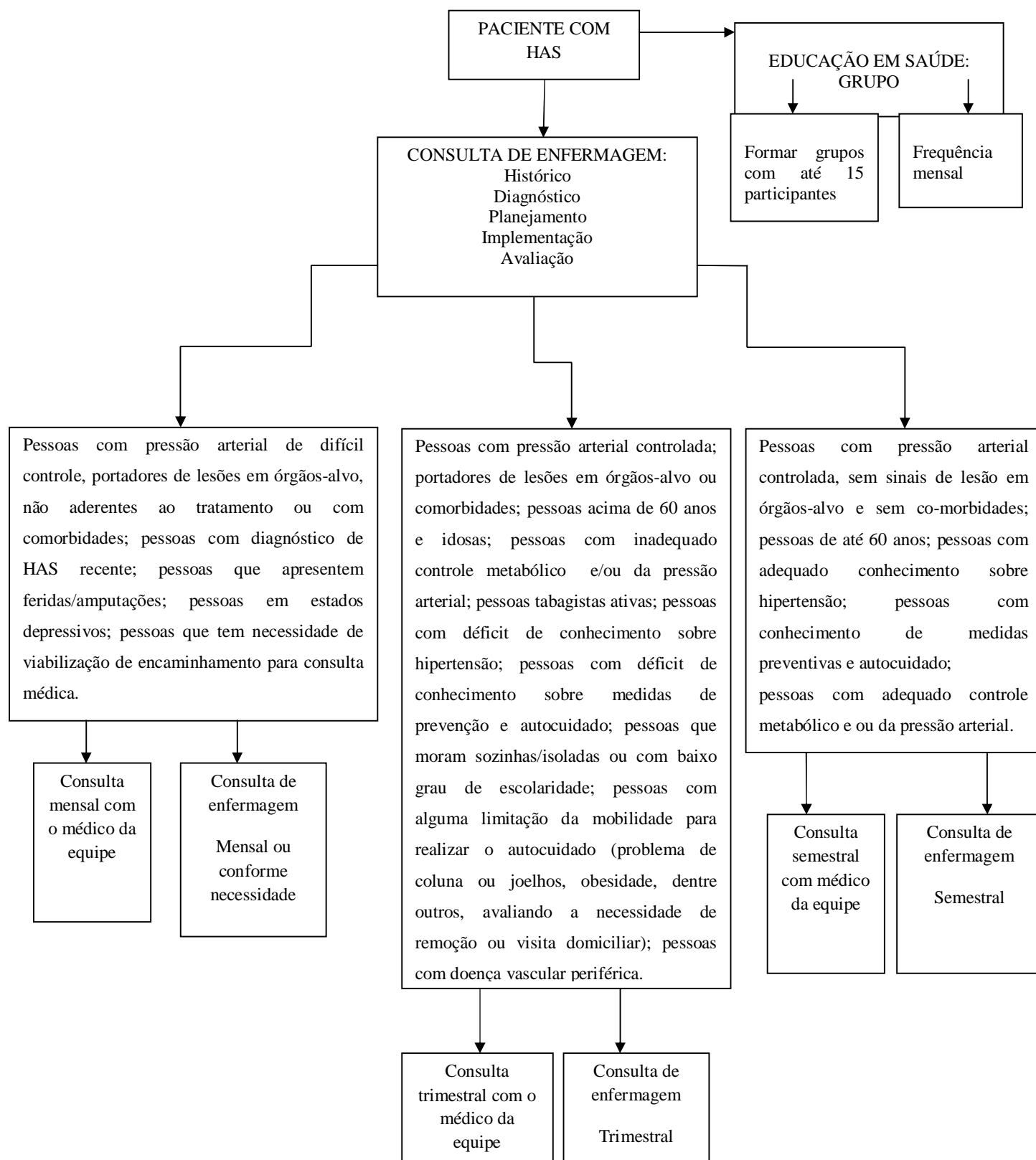
- No máximo 15. Devem ser formados vários grupos para abranger toda a população com HAS da área (SILVA et al., 2006).

Métodos a serem utilizados

- Modelo de transformação social (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).
- Modelo *Empowerment* (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).
- Modelo Radical (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

A figura 1 abaixo ilustra o Protocolo de assistência do Enfermeiro a pessoas com HAS, com base na consulta de enfermagem e na educação em saúde.

FIGURA 1: PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A PESSOAS COM HAS



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência do Enfermeiro a pessoas com HAS na atenção primária pode ocorrer por meio de consultas individuais, ou de maneira coletiva, por meio de grupos ou consultas domiciliares.

Essa assistência deve ser sistematizada, utilizar referencial científico e ser embasada em evidências, dessa forma possibilita o acompanhamento de mudanças no estilo de vida, bem como favorece a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações.

No entanto, percebeu-se, com base na revisão de literatura realizada, que seja no contexto da consulta de enfermagem ou no contexto da educação em saúde, individual ou coletiva, a assistência às pessoas com HAS na maioria das vezes não estava sistematizada.

Quanto à consulta de Enfermagem, que é obrigatória em qualquer cenário de assistência e é privativa do Enfermeiro, diversos aspectos devem ser contemplados, como o levantamento de dados sociodemográficos, muitas vezes negligenciados, bem como aspectos relativos ao tratamento e a realização do exame físico ampliado.

Em relação à educação em saúde, que pode se dar em diversos espaços, seja na consulta individual, na visita domiciliar ou em grupo, percebeu-se a importância de planejamento prévio, utilização de metodologias nas quais o paciente seja um sujeito ativo e engajado no processo de transformação, que abranja não somente aspectos relacionados ao tratamento, mas à conscientização do paciente no contexto social em que vive.

Sendo assim, o Enfermeiro deve atuar, no contexto da equipe e buscando parcerias com a família, de forma a motivar a pessoa com HAS a enfrentar os desafios que a cronicidade da doença e suas nuances proporcionam.

Este estudo permitiu condensar diversos aspectos da assistência do Enfermeiro à pessoa com HAS, na construção de um protocolo aplicável à atenção primária.

O estudo teve como limitações o tempo para sua construção, bem como a impossibilidade de implementação e validação do mesmo. Para enriquecer o protocolo poderia também abordar aspectos relativos à assistência a pessoas com Diabetes Mellitus, uma vez que é comum identificar na assistência pessoas que apresentam essas duas comorbidades associadas. Outros estudos podem ser realizados com relação à essa temática, como uma revisão sistemática da literatura, que poderá completar as lacunas identificadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.16, p.39-52. 2005.
- ARAÚJO, J.L.,PAZ, E.P.A., MOREIRA, T.M.M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery (Impr.)**. v. 14, n. 3, p. 560-566. 2010.
- BALDISSERA, V.D.A., BUENO, S.M.V. O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde*. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 2, p. 380-387. 2012. Disponível em : <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 15 de dez. 2013.
- BECHTLUFFT, L.S., ACIOLI, S. Produção científica dos enfermeiros sobre educação em saúde. **Rev APS**. v. 12, n. 4, p.478-86. 2009.
- BEZERRA, S.T.F. Ações de enfermagem identificadas no projeto CIPESC® e encontradas na prática educativa de pacientes hipertensos. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 5, n. 2. 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/353/80>>. Acesso em: 02 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde da Família**. Nº 15. Brasília, DF, 2006. 58 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Primária. Rastreamento**. Brasília, DF, 2010. 97 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Nº 35. Brasília, DF, 2014. 162 p.
- CALEGARI, D.P. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes hipertensos acompanhados em ambulatório multiprofissional. **Rev. Enferm. UFSM**. v. 2, n. 3, p.610-618. 2012.

CARTER, B.L., BOSWORTH, H.B., GREEN, B.B. The Hypertension Team: The Role of the Pharmacist, Nurse, and Teamwork in Hypertension Therapy. **The Journal of Clinical Hypertension**. v.14, n. 1, p. 51-65. 2012.

CASTRO, M.S., FUCHS, F.D. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Rev. Bras. Hipertens**. v.15, n.1, p.25-27. 2008.

CLARK C.E. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. **BMJ**. v. 341, n.c3995, p. 1-17. 2010. Disponível em: < <http://www.bmj.com/highwire/section-pdf/9073/8/1> >. Acesso em: 10 jan. 2014.

COFEN. Lei N 7.498/86, Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1986.

COFEN. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2009.

FAVA, S.M.C.L. et al. Diagnóstico de Enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. **Rev. enferm. UERJ**. v. 18, n. 4, p. 536-40. 2010.

FEIJÃO, A.R., GALVÃO, M.T.G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. . **Rev. RENE. Fortaleza**. v. 8, n. 2, p. 41-49. 2007.

FELIPE, G.F., ABREU, R.N.D.C., MOREIRA, T.M.M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família*. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, n. 4, p. 620-627. 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reecusp/>. Acesso em: 20 jan. 2014.

FELIPE, G. F. et al. Consulta de Enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na Atenção Básica. **Rev Rene. Fortaleza.** v. 12, n. 2, p.287-294. 2011.

GUEDES MVC, et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 6, p. 1038-42. 2011.

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

LIMA, L. R. et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. **Rev. Elet. Enf.** v. 08, n. 03, p. 349 – 357. 2006. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MAGNABOSCO, P., NOGUEIRA, M.S. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 1, p. 110-117. 2011. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a12.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MANZINI, F.C., SIMONETTI, J.P. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da Teoria do Autocuidado de Orem. . **Rev Latino-am Enferm.** v. 17, n. 1. p. 2009. Disponível em:<www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 09 dez. 2013.

MENEZES, A.G.M.P., GOBBI D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde.** v. 34, n. 1, p.97-102. 2010.

MENEZES JÚNIOR, J.E. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos *. **Rev Rene. Fortaleza.** v. 12, n. esp., p.1045-1051. 2011.

MOURA DJM, et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 4, p.759-765. 2011.

REZENDE, A.M.B. **Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional.** 2011. 220 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ROECKER, S., MARCON, S.S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery (impr.)** v. 15, n. 4, p. 701-709. 2011.
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE RIBEIRÃO PRETO. **Protocolo de atendimento em Hipertensão e Diabetes.** Ribeirão Preto, 2011. 105 p.

SILVA, T.R. et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade.** v.15, n.3, p.180-189. 2006.

SIQUEIRA, F.V. et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n. 1, p.203-213. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95, (1 supl.1), p. 1-51. 2010.

SPINATO, I.L., MONTEIRO, L.Z., SANTOS, Z.M.S.A. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico – uma proposta educativa em saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 19, n. 2, p. 256-64. 2010.

TOLEDO, M.M., RODRIGUES, S.C., CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 2, p. 233-238. 2007.

TRUPPEL, T.C. et al. Prática assistencial de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada no referencial teórico de Horta. **Rev. Rene. Fortaleza.** v. 9, n. 3, p. 116-124. 2008.

ULBRICH, E.M. et al. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v. 33, n. 2, p. 22-27. 2012.

WAIDMAN, M.A.P. et al. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Rev Bras Enferm.** v. 65, n. 3, p. 445-453. 2012.

WERNECK, M.A.F., FARIA, H. P., CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009.